



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
TERAPIA OCUPACIONAL

FLÁVIA SOARES DOS REIS

**O TRABALHO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília  
2014

**FLÁVIA SOARES DOS REIS**

**O TRABALHO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília -  
Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professor Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Paula Giovana Furlan

Brasília  
2014

**FLÁVIA SOARES DOS REIS**

**O TRABALHO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO NÚCLEO DE  
APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Terapia Ocupacional.

**BANCA EXAMINADORA (Data:03/07/2014)**

---

Prof. (a) Dr. (a) Paula G. Furlan  
(Orientadora – Membro Interno – FCE - UnB)

---

Prof.(a) Ms. Daniela Rodrigues  
(Titular– Membro Interno – FCE - UnB)

---

Prof. (a) Dr.(a) Grasielle Paulin  
(Titular – Membro Interno – FCE – UnB)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por me dar esta oportunidade de estar concluindo mais uma etapa em minha vida.

Agradeço minha professora e orientadora Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>a</sup> Paula Giovana Furlan, por toda dedicação, atenção e carinho dedicados a mim, na árdua tarefa de acompanhar desde a escolha do tema, e ajudar na escrita deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, Elizabeth e Adernilson por me acompanharem em todos momentos durante a vida, e a jornada acadêmica, me apoiando e ajudando sempre. Á eles devo todo agradecimento e a honra de ser sua filha.

Agradeço ao meu amado noivo Jarbas Freire, por toda paciência em me acompanhar durante toda minha formação, desde a entrada pelo vestibular até minha conclusão de curso. Muito Obrigada!

Agradeço minhas amigas, Iris, Rayssa e Sindy, por todo apoio, carinho e ajuda durante a graduação do curso de Terapia Ocupacional. A todos aqueles que fizeram parte da minha graduação, participação em projetos, disciplinas entre tantos outros momentos.

Agradeço a professora Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, por ter me dado a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa ao qual tive oportunidade de aprender como desenvolver uma pesquisa no mundo acadêmico.

Agradeço a toda minha família e entes que participaram e contribuíram de certa forma para minha formação, que tiveram interesse em me apoiar e buscar saber sobre o curso o qual faço.

Agradeço a diretoria da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS, por ter disponibilizado os dados da minha pesquisa, sendo que sem eles não haveria este estudo.

Agradeço a banca examinadora, Daniela Rodrigues e Grasielle Paulin pela disponibilidade e atenção dada a este trabalho.

Dedico este trabalho a todos aqueles que me ajudaram, apoiaram e me incentivaram durante a graduação.

*“Precisamos perseguir nossos mais belos sonhos. Desistir é uma palavra que tem que ser eliminada do dicionário de quem sonha e deseja conquistar. Não se esqueça de que você vai falhar 100% das vezes em que não tentar, vai perder 100% das vezes em que não procurar, vai estacionar 100% das vezes em que não ousar caminhar.”*

*(AUGUSTO CURY, 2004)*

## RESUMO

A Atenção Primária se caracteriza por ser porta de entrada do Sistema Único de Saúde. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tem uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de Equipes de Saúde da Família e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. **Objetivos:** Analisar dados de produção dos terapeutas ocupacionais no NASF do Distrito Federal; Caracterizar o regime de trabalho e descrever as ações realizadas pelo terapeuta ocupacional. Propor um roteiro padrão de sistematização das ações do terapeuta ocupacional no NASF no Distrito Federal. **Metodologia:** O modelo é o quantitativo e documental. Para busca de dados foram utilizados relatórios mensais nos anos de 2012 e 2013 das Equipes NASFs, enviados e autorizados pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS para análise de dados quantitativa e por categorias. **Resultados/Discussão:** O trabalho dos terapeutas ocupacionais do serviço de Saúde do Distrito Federal se faz de acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. Os números de atendimentos em 2012 de acordo com os relatórios analisados foram maiores do que o ano de 2013, sendo que os atendimentos individuais tiveram um quantitativo maior dentre todos os dados avaliados. As reuniões de matriciamento e entre a equipe NASF também foram contabilizadas e possuem um valor considerável, já que essa atividade em especial é uma das características do trabalho do terapeuta na atenção básica. **Conclusão:** O quantitativo de atividades realizadas pelo terapeuta ocupacional deixa claro que há atividades pertinentes a serem feitas por esse profissional e que sua formação interdisciplinar faz com que sua presença na equipe seja de suma importância.

Palavras chaves: Atenção primária à saúde; Terapia Ocupacional; Apoio matricial.

## ABSTRACT

The Primary Health Care is characterized for being the gateway to the Unified Health System (SUS). The Support Center for Family Health (NASF) has an innovative strategy that aims to support, expand and improve customer service and health management on the Primary Health Care / Family Health Care. Their requirements are, besides technical knowledge, the responsibility for a number of Family Health Teams and the development of related paradigm Family Health skills. **Objectives:** Analyze the production data of Occupational Therapists in the Support Center for Family Health in the Federal District; Characterize the working conditions of the Occupational Therapist. Describe the actions taken by the Occupational Therapist. Propose a standard script of systematization of the Occupational Therapist actions at the Support Center for Family Health in the Federal District. **Methodology:** The methodological model is the quantitative and documentary one. For retrieval, monthly reports from NASF teams in 2012 and 2013 were used, sent and authorized by the Secretariat of Primary Health Care - SAPS for data analysis quantitative and categories. **Results / Discussion:** The work of occupational therapists of the Health Service of the Federal District (DF) is made according to what it is recommended by the National Primary Care Policy. The number of treatments in 2012, according to reports, was higher than the year of 2013. The individual treatment had a greater quantity of all the data evaluated. The meetings between the matricial and NASF staff were also accounted for and have considerable value, since this activity in particular is one of the characteristics of the therapist's work in primary care. **Conclusion:** The quantity of activities undertaken by the occupational therapist makes clear that there are relevant activities to be done by this professional and his interdisciplinary training makes his presence in the team a huge importance.

Key words: primary health care; Occupational Therapy; matrix support.

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO .....	12
2. OBJETIVOS .....	19
2.1. Objetivos Gerais:.....	19
2.2. Objetivos Específicos: .....	19
3. METODOLOGIA .....	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	22
4.1 Proposta de relatório de produção.....	30
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	31
REFERÊNCIAS .....	32
APÊNDICE A.....	34
ANEXO A .....	38



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Relação de profissionais por equipe, ano 2012 e 2013 .....	20
Quadro 2: Produção ano 2012.....	24
Quadro 3: Produção ano 2013.....	24

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Totais de produção dos TO's em 2012.....	22
Gráfico 2: Totais de produção dos TO's, ano 2013.....	23
Gráfico 3: Comparativo totais de produção dos TO's anos 2012 e 2013.....	23
Gráfico 4: Dados das Reuniões de Equipe.....	25
Gráfico 5: Dados das Reuniões de Equipe.....	26

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AG – Atendimento em Grupo  
AI – Atendimento Individual  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ESF – Equipe Saúde da Família  
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
SAPS – Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde  
SES – Secretaria de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TO – Terapeuta Ocupacional  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
VD – Visita domiciliar

## 1.INTRODUÇÃO

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006,2012), Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica ou Atenção Primária (APS) deveria ser o local onde todos os problemas de saúde deveriam ser acolhidos de modo a efetivar o acesso, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002). É a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem funções específicas amplas para atender todo processo de saúde e doença de um indivíduo e tem o poder de estabelecer vínculo com a comunidade.

Tem como fundamentos e diretrizes, adscrever o território para que se possa fazer um reconhecimento e assim avaliar as condições estruturais, socioeconômicas e demográficas, promovendo a descentralização, analisando as condições de saúde. Deve ainda possibilitar o acesso universal e longitudinal a todo usuário da rede, efetivar a integralidade, estabelecer o vínculo assegurando a cumprir a acessibilidade e o acolhimento, adscrever os usuários para que possa assim estabelecer uma relação com o mesmo, fazendo a escuta qualificada para levantar demandas e atender todos os personagens inseridos no contexto da vida do paciente. A APS tem compromisso de estimular a participação da comunidade e dos profissionais de saúde em conselhos e conferências de saúde realizada pelo Ministério da Saúde, e ainda, através da estratégia da saúde da família, cumprir com a expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012).

No ano de 2006, foi publicada a PNAB, nela há uma redefinição e demarcação da finalidade e compreensão da APS, agregando características da atenção primária abrangente, e então colocando os princípios gerais que são:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p. 10).

Além disso, a política tenta desconstruir a ideia de Atenção Primária seletiva e o modelo de atenção hospitalocêntrico, através de uma reorganização do trabalho, onde se

pretende romper com a dualidade entre as ações de saúde pública e de atenção médica e individual, fazendo um acompanhamento longitudinal do sujeito e de levantar indicadores epidemiológicos e socioeconômicos (ROCHA e SOUZA, 2011).

E ainda segundo Barros, Ghirardi e Lopes (2002, p. 99) o conceito de desinstitucionalização, na interpretação da psiquiatria italiana, significa desfazer da cultura asilar e construção no próprio território, de serviços responsáveis por toda população do território adscrito, serviços fortes, não hierarquizado, de dimensões complexas, podendo assumir o caráter do que chamamos de unidade básica de saúde, ambulatório, centro social, hospital dia, entre outros, que serão ponto de partida para trabalhos vinculados com outras instituições, para constituir cooperativas, acompanhamento terapêuticos e demais atividades.

Em 2011, reformulada, a PNAB trouxe novos conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da APS na ordenação das Redes de atenção. A nova PNAB trouxe uma afirmação de uma APS acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais complexidades. Ainda, o reconhecimento de que as equipes são organizadas e estruturadas para as diferentes populações e realidades do Brasil. Houve a inclusão de Equipes Atenção para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter “Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Fluviais e ESF para populações Ribeirinhas” (BRASIL, 2012, p. 10).

A nova política articula a APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com integração do Programa Saúde na Escola e expansão para as creches (BRASIL, 2012, p. 10).

A Atenção Primária deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas:

I - Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária- mente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção a Saúde - RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos

de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos -sentinela e incidentes críticos, entre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso aos outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; e

IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários. (BRASIL2012, p. 25).

Com vista à ampliação do acesso (ROCHA e SOUZA, 2011) e da integralidade na assistência oferecida pela Equipe Saúde da Família (ESF), em 2008, o Ministério da Saúde instituiu os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, que tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações, apoiando a inserção da estratégia da saúde da família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da APS (BRASIL, 2008).

De acordo com Brasil (2008), o NASF não deve constituir como a porta de entrada e sim atuar de forma integrada ao serviço de saúde, a partir das demandas avaliadas no trabalho em conjunto com a ESF.

As equipes do NASF devem ser formadas por diferentes profissionais de diversas áreas de conhecimento e cada uma delas é responsável pelo apoio a determinadas ESF. As práticas desses profissionais devem estar focadas nas necessidades dos locais de sua responsabilidade, com uma atuação multiprofissional, visando à interdisciplinaridade e a intersetorialidade, e devem garantir e praticar a promoção, prevenção, reabilitação e cura (BRASIL, 2008, p. 2).

Na década de 1990, foram implantadas em diferentes serviços de saúde as equipes de referência, elas trouxeram uma grande alteração no modelo teórico existente. Cada tipo de serviço de saúde seria composta de “equipes básicas de referência” seriam montadas de acordo com o objetivo de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), com os aspectos do local, necessidades e recursos disponíveis. Os usuários de um território seriam divididos em “agrupamentos” adscritos a determinada equipe de referência. Ir-se-iam montar as equipes de saúde da família, e depois organizar as equipes de apoio matricial para os especialistas das equipes. Um determinado profissional poderia oferecer alguma atividade matricial “que seria ou não indicadas para pacientes inscritos em outras equipes”. Há de se lembrar que essa nova ordem de trabalho altera “a tradicional noção de referência e contra referência” que existe no

sistema de saúde: “quando um paciente utiliza de um serviço matricial , ele nunca deixa de ser cliente da equipe de referência”. Sendo assim não há um “encaminhamento”, mas sim atividades terapêuticas que irão ser realizadas por um maior número de profissionais (CAMPOS, 1999)

Segundo Campos (1999, p.396) o objetivo desse modo de organização é criar um modelo de atendimento “mais singularizado e mais personalizado em que cada técnico teria uma clientela adscrita mais ou menos fixa”. Com isso seria possível trabalhar o vínculo, e também permitir que os casos sejam melhores acompanhados, dentro do tempo, o processo “saúde/enfermidade/intervenção de cada paciente”.

Importante ressaltar que ao colocar esse modelo organizacional em prática é possível elaborar planos estratégicos, “pode se cuidar de analisar e tratar as relações institucionais, pode-se aprender clínica, saúde pública e relações humanas” e ainda pode-se trabalhar em uma lógica menos exaustiva de modo que o trabalhador produza mais (CAMPOS, 1999, p. 402)

O Apoio Matricial ou matriciamento é um modo de produzir saúde em duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Além dessa intervenção, os usuários de todas as equipes podem ser instrumentados pelo apoio matricial a participar de grupos terapêuticos, ginástica da terceira idade, grupo de gestantes, oficinas, entre outros, que seriam serviços matriciais de apoio para as equipes de referência. Essas atividades seriam ofertadas de forma matricial, ou seja, ele receberia pacientes enviados de várias equipes, além dos casos já listados em seus atendimentos (CAMPOS, 1999, p. 396).

O NASF utiliza a metodologia desenvolvida de Apoio Matricial que tem como objetivo, fazer com que uma equipe tenha um auxílio de maneira interativa, ao determinado problema por ela enfrentado. Pretende tanto oferecer esse auxílio vindo de outros profissionais, quanto um suporte técnico-pedagógico às ESF, tem papel primordial em acompanhar as equipes e dar assistência teórico-prática para os integrantes da equipe a partir, das demandas trazidas pelos mesmos. Ela deve coordenar as equipes dando apoio aos casos, e prestando assistência aos usuários, e quando for o caso até mesmo acompanhar algum usuário durante todo o processo saúde e doença (CUNHA e CAMPOS, 2011).

A equipe e os profissionais de referência são os responsáveis pela coordenação e condução dos casos, sejam eles individuais, coletivos ou familiares tendo como objetivo a construção de vínculo entre profissionais e usuários. O Apoio Matricial e a Equipe de

Referência são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho, com o objetivo de realizar uma clínica ampliada e integrar o diálogo entre os demais profissionais da saúde (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Nos primeiros momentos dos anos de 1970, se deu a discussão sobre o lado social do Terapeuta Ocupacional, quando houve uma preocupação com os movimentos sociais do país e assim compreenderam a dimensão político-social da prática da terapia ocupacional que então buscaram participar de ações sociais em algumas instituições que até o momento eram distantes dos ideais dos terapeutas. Sendo assim, houve grandes discussões no que diz respeito às características reais da população atendida e também o lugar de agente social desse profissional de saúde. O debate em torno do “social” acabou por se diluir, e então o terapeuta ocupacional poderia atuar, desde que soubesse os conceitos e objetivos, contribuindo para o processo de transformação social em direção a equidade (BARROS, GHIRARDI e LOPES, 2002).

Segundo Oliver e Almeida(2007), podemos compreender que o profissional da área de Terapia Ocupacional é um elemento indispensável em programas que atuam na comunidade, pois a interdisciplinaridade da sua formação poderá estimular o desenvolvimento de ações que são focadas individualmente e coletivamente, contribuindo para o reconhecimento das necessidades da comunidade e dos indivíduos. E por fim, outra contribuição relevante é que os terapeutas ocupacionais atuam fornecendo uma resposta às famílias e a comunidade e não só aos indivíduos que necessitem diretamente do serviço. Cabe ainda evidenciar que os terapeutas ocupacionais desenvolvem atividades voltadas para a inserção e reinserção dos indivíduos na sociedade e no mercado de trabalho, o que concede a geração de renda para os mesmos.

A inserção do terapeuta ocupacional nos programas de saúde da atenção básica esteve “inicialmente ligada a uma leitura de sua atuação com ‘os psicóticos’, grupo de risco em saúde mental”. Nesse contexto, o terapeuta ocupacional também foi reconhecido pelos gestores e membros das equipes de saúde, como profissional que facilitava o trabalho de integração das equipes interprofissionais e que tinha grande adesão a proposta assistencial, além de sua disponibilidade para assumir o acompanhamento grupal (OLIVER, BARROS e LOPES, 2005, p. 33).

E ainda, o terapeuta ocupacional na APS, segundo Rocha, Paiva e Oliveira (2012), é responsável pelo planejamento e gerenciamento, coordenação e avaliação das ações terapêuticas ocupacionais desenvolvidas na UBS, no domicílio e comunidade, e se



responsabilizar, desenvolver coordenar e acompanhar ações de educação permanente, matriciamento das ESF e saúde bucal.

Nas ações de matriciamento o TO pode promover relação com outros profissionais com diversos temas, por exemplo, o desempenho funcional nas atividades da vida cotidiana, independência e autonomia, discussões sobre o que é deficiência e incapacidades, possibilidades de intervenção no domicílio, na comunidade e demais assuntos pertinentes. Essas ações realizadas pela TO são fundamentais no desenvolvimento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), pois os diversos assuntos tratados com a equipe faz com que o serviço consiga atender com qualidades, as necessidades dos usuários, além de contribuir com a integralidade (ROCHA e SOUZA, 2011, p.42).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, em 2011 em razão, dentre outras, do aumento do número de profissionais inseridos na atenção básica regulamentou atribuições específicas para o Terapeuta Ocupacional na Saúde da Família, entre elas o planejamento, a coordenação, o desenvolvimento, a prescrição, o acompanhamento, a avaliação e reavaliação das estratégias de intervenção terapêuticas ocupacionais com a intenção de prevenir doenças, promover a saúde, a independência e a autonomia do sujeito, e ainda quanto ao desempenho ocupacional, atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, trabalho e lazer, acessibilidade, exclusão social, e demais atividades que fazem parte da vida do sujeito e de seu contexto social (COFFITO, 2011).

A integralidade é um tema abordado desde a formação do terapeuta ocupacional, os terapeutas ocupacionais focam suas ações no fazer humano e na observação dos diversos aspectos que compõem a vida dos sujeitos, auxiliando assim na detecção das necessidades específicas e na elaboração de estratégias para alcançar os objetivos de saúde pretendidos (ANTUNES e ROCHA, 2011).

A partir da formação do conteúdo da graduação da Terapia Ocupacional, do conceito de Apoio Matricial e como o TO pode atuar no matriciamento é que foi pensado em desenvolver presente trabalho. É sabido que a Atenção Primária é a base da rede de atenção a saúde, potencialmente configura-se como articuladora e coordenadora dos demais níveis de atenção, sendo o pilar de toda estrutura do Sistema Único de Saúde.

Pretende-se aumentar o debate sobre a contribuição do Terapeuta Ocupacional nas equipes do NASF, e a sua importância no apoio as Equipes Saúde da Família, assunto já comentado em outras pesquisas, ainda de forma tímida e por isso de grande importância na

ampliação e fomento do debate, e deixar assim uma contribuição para novas pesquisas sobre o tema.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivos Gerais:**

Analisar dados de produção dos Terapeutas Ocupacionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Distrito Federal.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

Caracterizar o regime de trabalho do Terapeuta Ocupacional.

Descrever as ações realizadas pelo Terapeuta Ocupacional.

Propor um roteiro padrão de sistematização das ações do Terapeuta Ocupacional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Distrito Federal.

### 3. METODOLOGIA

A presente pesquisa pode ser definida como quantitativa, uma abordagem trazida por Richardson (1999,p.70), “caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples como percentual, média.” Por se tratar de uma busca de dados secundários, a pesquisa se enquadrou nesta forma de metodologia porque se encaixa bem nos pontos os quais foram feita a busca e análise dos dados.

Gil (1999) define documentos em dois tipos, os de primeira mão que são aqueles que não receberam nenhum tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações, etc. e os de segunda mão são os que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas entre outros. Esta pesquisa se encaixa como uma pesquisa documental, por analisar documentos que apesar de existirem não foram analisados de forma profunda ou analítica.

A composição do projeto da pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica e documental. Utilizou-se de pesquisa bibliográfica abordando os descritores Atenção primária à saúde; Terapia Ocupacional; apoio matricial nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) e Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, incluindo somente artigos que abordam o apoio matricial com exemplo da Equipe NASF e o trabalho do Terapeuta Ocupacional na atenção básica. Realizada também pesquisa sobre Apoio Matricial na Atenção Básica em base de dados Scielo, além das cartilhas, portarias e documentos do Ministério da Saúde.

Para a busca de dados da pesquisa foram utilizados relatórios mensais dos anos de 2012 e 2013 das Equipes NASFs das seguintes Regiões Administrativas: Itapoã, São Sebastião, Samambaia, Estrutural, Brazlândia e Planaltina. Esses dados foram enviados e autorizados pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS do Distrito Federal para análise. A análise de dados foi quantitativa, organizados em planilhas Excel®, por apresentação das categorias (atividades e carga horária de trabalho dos Terapeutas), dos relatórios em números absolutos e proporcionais, sendo sistematizados os seguintes quesitos: Atendimento Individual, Atendimento em Grupo, Visitas Domiciliares, Visitas Institucionais, Atendimento na Comunidade, Atendimento compartilhado Equipe Saúde da Família (ESF) e

NASF, oficinas, Reuniões ESF, Reuniões NASF, Encaminhamentos feitos para a rede e outras reuniões.

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada *Cartografia do Apoio institucional e matricial no SUS do Distrito Federal: áreas prioritárias da atenção e gestão em saúde e a formação de apoiadores na atenção primária a saúde*. Esta tem como objetivo geral cartografar o exercício do apoio institucional e matricial, em regiões administrativas do SUS-DF. Parecer de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília 191.003 em 29/01/2013 e no Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS SES/DF número 453.476, com autorização da Secretaria de Saúde para a coleta de dados em documentos.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à composição dos NASFs no Distrito Federal, em 2012, as Regionais Administrativas que possuíam Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) eram: São Sebastião, Itapoã/Paranoá, Planaltina, Riacho Fundo, Samambaia I, Samambaia II, Samambaia III, Samambaia IV, Estrutural, Gama, Recanto das Emas e Brazlândia. Dessas 13 Regionais, apenas 7 possuíam Terapeuta Ocupacional, sendo elas: Itapoã/Paranoá, São Sebastião, Samambaia I, Samambaia IV, Estrutural, Brazlândia e Planaltina. As equipes que havia Terapeuta Ocupacional eram formadas por diversos profissionais relacionados no quadro 1 a seguir.

Já em 2013, as equipes tiveram algumas mudanças e aumentaram o número de regionais, isso não significou o aumento de equipes com terapeutas ocupacionais, houve a mudança nas equipes de Samambaia I e Samambaia IV, onde o terapeuta ocupacional foi realocado para as regionais Samambaia II e Samambaia III, respectivamente. As Regionais com NASF eram: Estrutural, Itapoã/Paranoá, São Sebastião, Planaltina, Samambaia II, Samambaia III, Núcleo Bandeirante, Brazlândia, Gama I, Gama III e Recanto das Emas. Das 11 regionais citadas, apenas 7 possuíam Terapeuta Ocupacional, sendo elas mostradas no quadro abaixo juntamente com a relação dos profissionais das equipes.

**Quadro 1: Relação dos profissionais por equipe, ano 2012 e 2013**

2012		2013	
Regional	Equipe NASF	Regional	Equipe NASF
Itapoã/Paranoá	Médico homeopata Fisioterapeuta Nutricionista Assistente Social Pediatra Terapeuta Ocupacional	Itapoã/Paranoá	Médico Homeopata Fisioterapeuta Nutricionista Assistente Social Pediatra Terapeuta Ocupacional
São Sebastião	Fisioterapeuta Assistente Social Nutricionista Psicóloga* Médica Pediatra* Terapeuta Ocupacional	São Sebastião	Fisioterapeuta Assistente Social Nutricionista Médica Pediatra* Psicóloga* Terapeuta Ocupacional
Samambaia I	Nutricionista Fisioterapeuta Farmacêutico Assistente Social Fonoaudióloga Terapeuta Ocupacional	Samambaia II	Nutricionista Assistente Social Fisioterapeuta Psicóloga Farmacêutica Terapeuta Ocupacional

Samambaia IV	Fisioterapeuta Pediatra Ginecologista Farmacêutica Assistente Social Nutricionista Terapeuta Ocupacional	Samambaia III	Assistente Social Nutricionista Fisioterapeuta Fonoaudiólogo Farmacêutico Terapeuta Ocupacional
Estrutural	Nutricionista Farmacêutico Fonoaudióloga Assistente Social Psicóloga Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional	Estrutural	Nutricionista Farmacêutico Fonoaudióloga Psicóloga Fisioterapeuta Assistente Social Terapeuta Ocupacional
Brazlândia	Nutricionista Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional Assistente Social Psicóloga Terapeuta Ocupacional	Brazlândia	Psicóloga Fisioterapeuta Nutricionista Assistente Social Terapeuta Ocupacional
Planaltina	Fonoaudióloga Fisioterapeuta Assistente Social Nutricionista Terapeuta Ocupacional	Planaltina	Fonoaudióloga 2 Assistente Social Fisioterapeuta Nutricionista Terapeuta Ocupacional

**\*Profissionais cadastrados, porém não participam da equipe. Fonte: Relatórios NASF.**

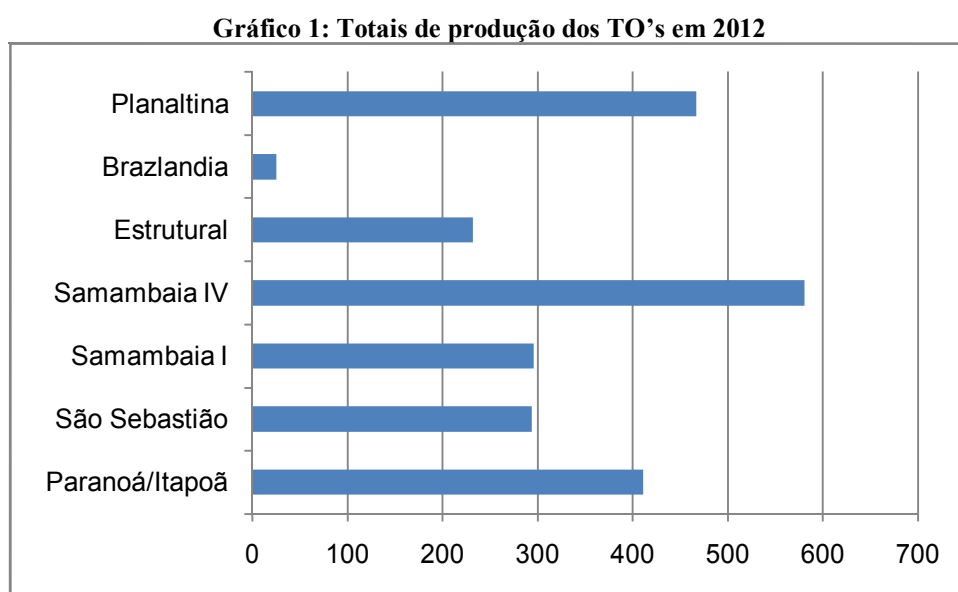
Os relatórios eram compostos por todas as atividades realizadas pela equipe NASF, todos profissionais relatam quais foram os atendimentos feitos. Os relatórios envolvem dados sobre pacientes encaminhados pela Equipe Saúde da Família (ESF), pacientes atendidos, atendimentos individuais, atendimentos compartilhados, grupos de casos encaminhados, demanda espontânea e quadro de reuniões (ANEXO A).

O foco para análise deste trabalho foram os dados dos Terapeutas Ocupacionais, já que a pesquisa se trata do trabalho realizado por esses profissionais. A partir da análise dos relatórios foram separados quais os dados seriam pertinentes a serem descritos. De todas as atividades descritas nos relatórios, foram contabilizados o número de atendimentos em onze áreas, sendo elas: Atendimento Individual, Atendimento em Grupo, Visitas Domiciliares, Visitas Institucionais, Atendimento na Comunidade, Atendimento compartilhado Equipe Saúde da Família (ESF) e NASF, oficinas, Reuniões ESF, Reuniões NASF, encaminhamentos feitos para a rede e outras reuniões. Alguns dados foram agrupados como exemplo as visitas domiciliares, elas foram agrupadas entre elas contendo as visitas domiciliares individuais, visitas compartilhadas entre ESF e NASF, 'outras reuniões' foram dados colocados referentes às reuniões feitas em outro contexto dentro da Unidade de Saúde ou fora dela, como exemplo reunião com a Diretoria Regional, entre outros dados inseridos nos relatórios.

Esses dados foram organizados em planilhas, separados por semestres, regional e terapeuta do serviço. Durante realização da análise, foi possível observar que no ano de 2013 houve menos dados do que no ano de 2012, alguns meses não foram enviados, e outros relatórios não foram preenchidos pelos terapeutas ocupacionais. Ainda sim, não se sabe se há dados, se eles não foram registrados, se não houve relatório ou se o profissional não realizou as atividades que deveriam ser descritas nos relatórios.

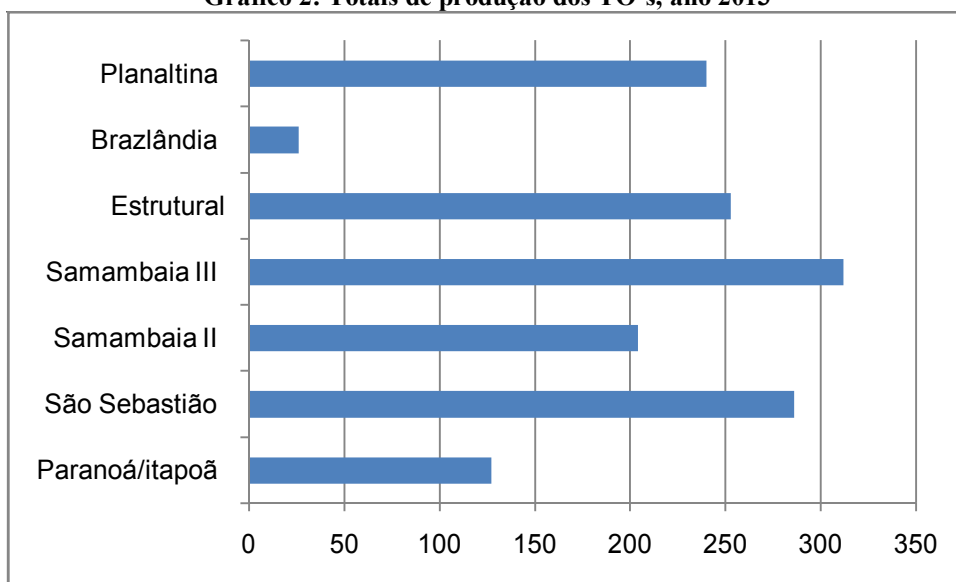
A jornada de trabalho de todos terapeutas ocupacionais é de 40h, no ano de 2013 a carga horária dos profissionais continuou a mesma.

A partir da consolidação dos dados, podem-se observar os dados de produção dos Terapeutas Ocupacionais no ano de 2012 e 2013. Esses dados foram agrupados e totalizados pelas onze áreas, sendo elas: O Gráfico 1 e 2 apresenta essa totalização. A Regional de Samambaia IV teve um maior resultado no número total de atendimentos.



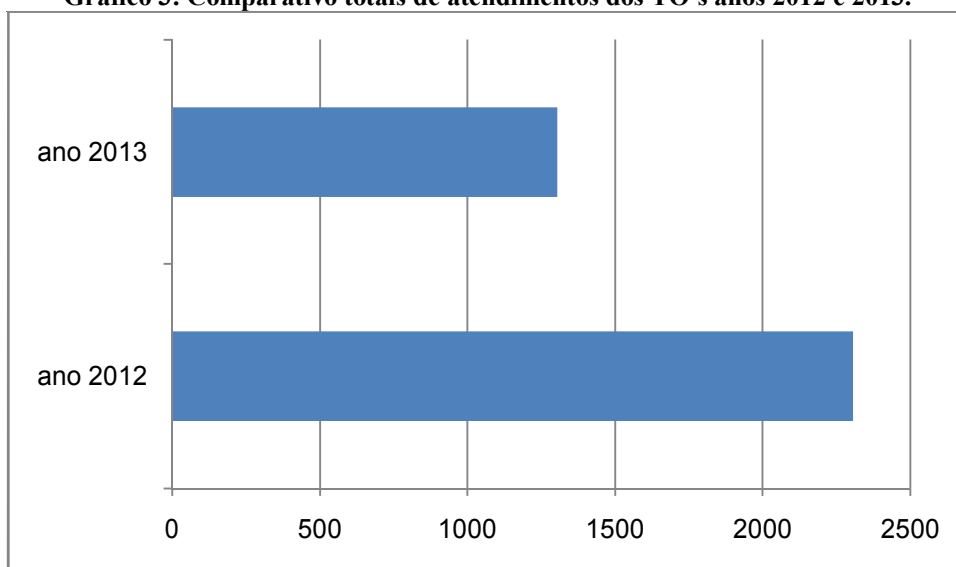
Fonte: Relatórios NASF, ano 2012



**Gráfico 2: Totais de produção dos TO's, ano 2013**

Fonte: Relatórios NASF, ano 2013.

No Gráfico 3 temos os dados totalizados dentre todas as áreas de atendimentos descritas anteriormente e todas regionais juntas, em um comparativo entre os anos de 2012 e 2013.

**Gráfico 3: Comparativo totais de atendimentos dos TO's anos 2012 e 2013.**

Fonte: Relatórios NASF, anos 2012 e 2013.

No ano de 2013 vários relatórios estavam ausentes e em outros relatórios não havia dados do Terapeuta do serviço, com isso o número de atendimentos é visivelmente menor do que no ano de 2012.

Nos Quadros 3 e 4, foram contabilizados os Atendimentos individuais, Atendimentos em grupo e Atendimentos Compartilhados com ESF e NASF. O número de atendimentos individuais entre todas regionais, é o de valor maior e mais considerável. Não é possível afirmar a que fator se deve essa informação, já que cada profissional faz suas anotações sobre os atendimentos podendo então haver conflitos entre colocar atendimento em grupo ou individual dentro de um grupo.

**Quadro 2: Produção ano 2012**

Ano 2012			
Regional	AI	AG	Atendimento. Compartilhado ESF/NASF
Paranoá/Itapoã	235	22	19
São Sebastião	65	8	57
Samambaia I	83	78	9
Samambaia IV	385	63	3
Estrutural	49	42	6
Brazlândia	16	2	0
Planaltina	167	7	79

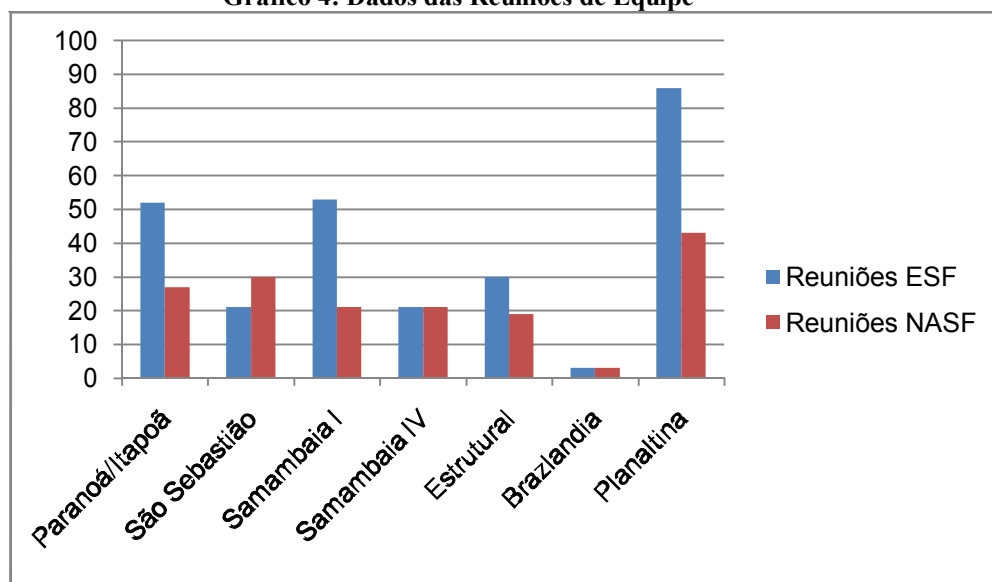
**Fonte: Relatórios NASF 2012**

**Quadro 3: Produção ano 2013**

Ano 2013			
Regional	AI	AG	Atendimento Compartilhado ESF/NASF
Paranoá/Itapoã	48	0	4
São Sebastião	94	23	43
Samambaia II	78	59	4
Samambaia III	156	21	18
Estrutural	83	47	26
Brazlândia	0	6	1
Planaltina	82	19	37

**Fonte: Relatórios NASF 2013**

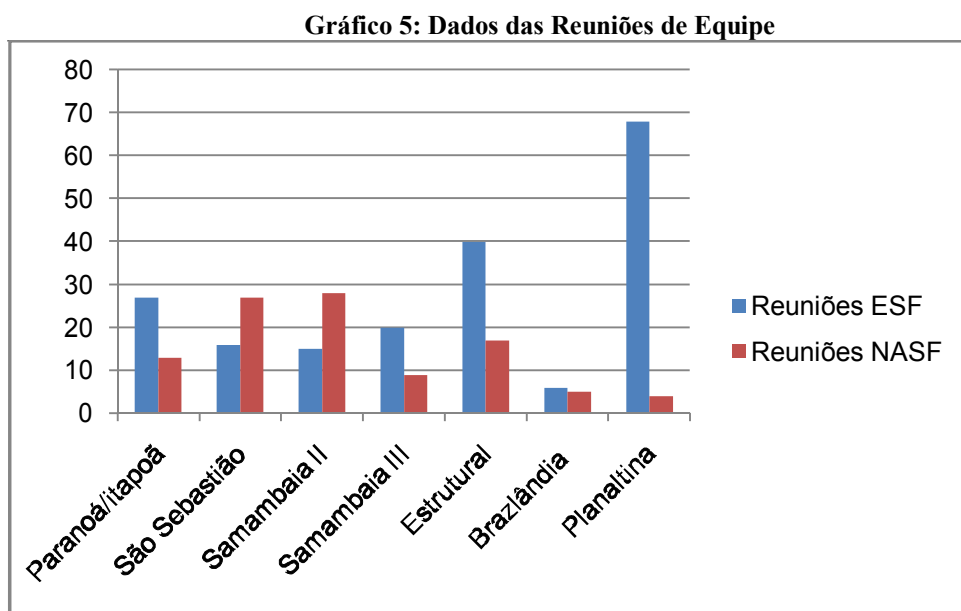
Abaixo o Gráfico 4 nos apresenta o quantitativo de Reuniões com a ESF e com a equipe NASF no ano de 2012 e 2013 respectivamente. As reuniões com a ESF foram mencionadas por essa produção fazer parte da atribuição do Terapeuta Ocupacional no NASF.

**Gráfico 4: Dados das Reuniões de Equipe**

Fonte: Relatórios NASF, ano 2012

Na Regional de Paranoá/Itapoá foram registrados 52 reuniões com a ESF e 27 com a equipe NASF, em São Sebastião 21 reuniões com a ESF e 30 NASF, Samambaia I 53 reuniões ESF e 21 NASF, Samambaia IV 21 reuniões em ambas equipes, Estrutural 30 reuniões com a ESF e 19 com o NASF, em Brazlândia 3 reuniões em ambas equipes e por fim Planaltina com 86 reuniões ESF e 43 NASF. Esses dados numéricos das reuniões não nos mostra a real eficácia delas, porém por seu quantitativo é possível levantar hipoteticamente que o grupo do NASF tem feito seu papel em realizar as reuniões e participar dos casos que a Equipe ESF traz.

Em 2013, os dados registrados na Regional do Paranoá/Itapoã foram de 27 reuniões com a ESF e 13 com o NASF, em São Sebastião foram 16 com a ESF e 27 com o NASF, Samambaia II 15 reuniões com a ESF e 28 com o NASF, Samambaia III 20 reuniões ESF e 9 NASF, Estrutural 40 reuniões ESF e 17 NASF, em Brazlândia 6 reuniões ESF e 5 com a equipe NASF e Planaltina com 68 reuniões com a ESF e 4 com o NASF.



Fonte: Relatórios NASF, ano 2013.

Ambos Gráficos 4 e 5 nos mostram que as reuniões com a ESF é maior no quantitativo comparado às reuniões do NASF, pelos dados analisados isso se deve pela quantidade de equipes que o NASF acompanha, sendo que cada UBS tem no mínimo 4 equipes. O matriciamento é uma das características do NASF e por isso muito importante sua realização. A regional de Planaltina é a que mais tem reuniões da ESF com o NASF no ano de 2013, esse dado foi levantado a partir da análise dos dados trazidos pelos relatórios, não é possível analisar por qual motivo que essa Regional tem mais reuniões, não é possível avaliar se é a necessidade que faz com que esse número seja maior, assim como também não é sabido se nesse regional exclusivamente o número de equipes é proporcional ao número de reuniões ou se há muitas equipes. Vale ainda ressaltar que conforme os dados dos relatórios a equipe de Brazlândia ficou de março de 2012 até setembro de 2013 sem Terapeuta Ocupacional, a Terapeuta que ocupava o cargo passou em outro concurso da Secretaria de Saúde, e então só houve a entrada de outra terapeuta em outubro de 2013 na equipe e por isso o número de atendimentos em 2012 e 2013 foram bem inferiores que as demais regionais.

Segundo Cunha e Campos (2011) o NASF utiliza a metodologia desenvolvida de apoio matricial que tem como objetivo, fazer com que uma equipe tenha um auxílio de maneira interativa, ao determinado problema por ela enfrentado. Pretende tanto oferecer esse auxílio vindo de outros profissionais, quanto um suporte técnico-pedagógico às ESF, tem

papel primordial em acompanhar as equipes e dar assistência teórico-prática para os integrantes da equipe a partir, das demandas trazidas pelos mesmos. Ela deve coordenar as equipes dando apoio aos casos, e prestando assistência aos usuários, e quando for o caso até mesmo acompanhar algum usuário durante todo o processo saúde e doença.

Sendo assim, a partir da análise dos dados pode-se inferir que o trabalho dos terapeutas ocupacionais está de acordo com o preconizado pela metodologia do NASF, além da coordenação e matriciamento das equipes, eles prestam atendimento à população, encaminham os pacientes para a rede de suporte, realizam atendimento em grupos, fazem atendimentos compartilhados, e outras atividades na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Apesar de ser preconizado diversos atendimentos, há de se comparar que os terapeutas ocupacionais realizam algumas atividades em um quantitativo maior que outros, como exemplo os atendimentos individuais e atendimentos em grupo. Há também pouco registro de encaminhamentos para outros serviços da rede, não se pode inferir se não há demandas, articulação com a rede ou simplesmente não há o registro dessa ação em relatório. Seria interessante uma avaliação mais detalhada do contexto das equipes e dos encaminhamentos realizados, já que pode haver uma subinformação desses dados ou até mesmo o deslocamento desses dados para outros relatórios mais específicos. E ainda através do relatório não é possível saber para onde foram esses encaminhamentos, já que os dados anotados em relatórios são apenas numéricos.

Ainda sim, segundo de acordo com Brasil (2008), o NASF não deve constituir como a porta de entrada e sim atuar de forma integrada ao serviço de saúde, a partir das demandas avaliadas no trabalho em conjunto com a ESF. Porém apesar dessa afirmação, ainda há grandes debates sobre, pois ao analisar os relatórios foi possível encontrar alguns dados se tratando de demandas espontâneas, que foram atendimentos que não eram passados pelas ESF.

A atenção primária visa cumprir os princípios e diretrizes do SUS, e de acordo com o estudo é possível notar que as ações dos terapeutas ocupacionais nas equipes atendem a esses princípios, visando sempre o bem estar e a qualidade de vida do usuário do serviço de saúde. Porém não é possível apenas com este estudo avaliar o grau de satisfação dos usuários, assim como também não é possível avaliar o quão esses atendimentos se fazem necessários ou não, e ainda saber a qualidade desses atendimentos.

#### **4.1 Proposta de relatório de produção**

A partir da análise dos dados, foi possível verificar a importância dos relatórios para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os relatórios trazem dados importantes da produção não só do Terapeuta Ocupacional, como também dos outros profissionais da equipe. Porém os problemas encontrados nos relatórios, como a falta de dados, ausência de relatórios, quantidade de dados a serem descritos, entre outros, são fatores que influenciam para uma subinformação dos dados. A partir do estudo dos dados foi possível analisar o relatório, e então pensado, como proposta deste trabalho de graduação, em um roteiro modificado com proposta de adaptações ao roteiro atual. Para implementação deste roteiro é importante um trabalho de análise da utilidade e pertinência pelos profissionais envolvidos com o tema na SAPS e NASF's do DF.

Algumas informações foram agrupadas para facilitar o preenchimento dos dados. O roteiro de relatório foi reajustado, alguns itens foram mantidos e houve a introdução dos dados sobre a atuação de estagiários junto à equipe (APÊNDICE A). Esse dado foi inserido, por alguns locais existirem a presença de um estagiário (citação frequente pelos TOs) o que faz com que o número de atendimentos sejam aumentados. Inserimos também campos para informações relativas aos encaminhamentos para a rede articuladora, e se a Unidade ainda tem o controle e acompanhamento com o seu usuário, além da mudança estrutural da colocação dos dados.

A contextualização foi descrita para que alguns dados sejam colocados em relação à equipe, por exemplo se o profissional está de licença, se a equipe teve a saída ou entrada de um membro, a participação da equipe NASF nas atividades da Unidade Básica de Saúde (UBS), a interação do gestor com a equipe, entre outros dados que a equipe achar necessário, sendo que esses dados são relevantes para se saber como se dá o envolvimento do NASF na UBS.

Uma das funções da Atenção Primária é ordenar as redes, com isso ela deve reconhecer as necessidades de saúde da população, organizando-as em relação aos pontos de atenção, contribuindo para que os serviços de saúde partam das necessidades dos usuários (BRASIL2012, p. 25).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do Terapeuta Ocupacional pode ser visualizado na Atenção Primária por meio de sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sendo assim, as formas de atuar ficam restritas ao que preconiza o Ministério da Saúde, para o NASF. Ainda sim, é possível avaliar o trabalho desse profissional dentro das ações realizadas na equipe pelo número de atendimentos vistos em relatórios.

Foi possível avaliar o quantitativo de atendimentos e possível inferir que o trabalho junto à equipe pode favorecer em um maior número de atividades para comunidade. O quantitativo de atividades realizadas pelo terapeuta ocupacional deixa claro que há atividades pertinentes a serem feitas por esse profissional. Os trabalhos em grupo e atividades feitos na comunidade dão uma visão de que o terapeuta ocupacional também se torna responsável por estabelecer vínculo e conhecimento do território ao qual ele está inserido.

A formação do Terapeuta Ocupacional é um aspecto relevante para esse tipo de equipe, já que prevalece durante toda a formação o trabalho multiprofissional e a interdisciplinaridade, fazendo com que esse profissional saiba trabalhar na rede de atenção primária e assim atingindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Os relatórios preenchidos pela equipe dão uma visão de quais as atividades estão sendo realizadas em maior quantitativo e ainda saber quais profissionais estão dedicando-se e preocupando-se em relatar suas atividades para a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

A proposta de um novo modelo de relatório mensal foi pensada a partir da análise dos mesmos, e visto que alguns dados são pertinentes, ao final dá para se ter uma percepção do quantitativo de atendimentos e ações realizadas por todos profissionais. Cabe a Secretaria avaliar a pertinência das modificações no contexto e cotidiano de trabalho.

Por fim, pode-se evidenciar como se dá o trabalho do Terapeuta Ocupacional no NASF, tendo como resultados os dados quantitativos de seus atendimentos e serviços oferecidos tanto à equipe quanto a comunidade em geral e assim concretizando a importância desse profissional para a equipe e para a atenção primária.

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da Terapia Ocupacional na estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 270-278, set./dez.2011.
- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E.. Terapia ocupacional social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde**, 2006. Série Pactos pela Saúde, v. 4
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Seção 1, n. 18.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 – Série E. Legislação em Saúde.
- CAMPOS, G. W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 1999, vol.4, n.2, p. 393-403. ISSN 1413-8123.
- CAMPOS, G. W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **Resolução COFFITO nº 407 de 18 de agosto de 2011**. Disciplina a Especialidade Profissional terapia ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 nov. 2011. Seção 1, 143p.
- CHIAVERINI, D. H. GONÇALVES, D.A. BALLESTER, D. TÓFOLI, L.F. CHAZAN, L.F. ALMEIDA, N. FORTES, S. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 236p. 2011.
- CUNHA, G. T. CAMPOS, G. W. S.. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc.** [online]. 2011, vol.20, n.4, p. 961-970. ISSN 0104-1290.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Artmed. p. 15-41, 2006.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo. Atlas, 1999.



JARDIM, T. A. de; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 167-175, set./dez. 2008

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 54-80.

OLIVER, F. C., BARROS, D. D., LOPES, R. E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Rev. Ter. Ocup. Uni. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 31-39, jan./abr., 2005.

OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C. Reabilitação baseada na comunidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 125-132.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C.C.B.X. Terapia ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

## APÊNDICE A

### Proposta de adaptação ao RELATÓRIO DO NASF

Período do Relatório (Mês/Ano): \_\_\_\_\_

Data de preenchimento do Relatório: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ENASF (Regional): \_\_\_\_\_

ESFs atendidas: \_\_\_\_\_

1. Profissionais e horas na ENASF (preencher quadro abaixo):

Nome	Matrícula	Profissão	Carga horária	Carga horária na ENASF	Obs (indicar férias, licenças - período e motivo)

2.Contextualização:

2.1. Atividades e momentos relevantes na ENASF: \_\_\_\_\_

---



---



---

2.2. Atividades e momentos relevantes nas ESFs: \_\_\_\_\_

---



---



---

2.2. Informações gerais sobre as ESFs: problemas, participação e relação do gestor e dos trabalhadores com a ENASF, redes de articulação e outras informações:

---



---



---



---

3. **Consolidado** das atividades com usuários por categoria profissional/ profissional ENASF

(se atendimento grupal/ atividade coletiva: não computar número de pacientes, mas sim, número de atendimentos/encontros realizados);

(incluir colunas para todos os profissionais da ENASF).

<b>Profissão</b>					
<b>Nome</b>					
<b>Atividades realizadas</b>					<b>Totais ENASF</b>
Consulta individual ENASF					
Consulta individual compartilhada ENASF + ESF					
Grupo ENASF					
Grupo compartilhado ENASF + ESF					
Visitas domiciliares ENASF					
Visitas domiciliares compartilhadas ENASF + ESF					
Atividade educativa na comunidade					
Reuniões ENASF + ESF					

#### 4. Consolidado atividades de reuniões por categoria profissional/ profissional ENASF

(incluir colunas para todos os profissionais da ENASF)

<b>Profissão</b>					
<b>Nome</b>					
<b>Atividades realizadas</b>					<b>Totais ENASF</b>
Reuniões ENASF + ESF					
Reuniões entre ENASF					
Reuniões com gerências, coordenações e diretoria regional					
Reuniões com serviços da rede/ visitas institucionais					
Oficinas, Capacitações, Cursos, Seminários, Congressos (participação dos profissionais)					
Participação em planejamento (equipes/ períodos)					
Outros (especificar)					

**5. Detalhamento: Reuniões ENASF:**

(listar todas as reuniões que participaram ENASF, entre a equipe, com diretorias e coordenações técnicas, com exceção as reuniões com ESFs) (incluir linhas necessárias).

Data	Profissionais	Assunto

**6. Detalhamento: Reuniões ENASF com ESFs:**

ESF	Data	Profissionais da ENASF	Profissionais das ESFs	Assunto	Obs.

**7. Detalhamento: Atendimento pela ENASF de usuários do serviço divididos por ESF:**

(AI- atendimento individual; AG- atendimento grupal; VD- Visita domiciliar);

(se atendimento grupal: não computar número de pacientes, mas sim, número de atendimentos/encontros realizados);

(incluir colunas necessárias para cada profissional ENASF).

	Profissional NASF			Profissional NASF			Profissional NASF		
	AI	AG	VD	AI	AG	VD	AI	AG	VD
ESF ?									
ESF ?									
ESF ?									
ESF ?									
ESF ?									
Fora da área									
<b>Total</b>									

**8. Quadro de encaminhamentos:**

Profissional	Local/ Serviço encaminhado	Há acompanhamento do NASF para esse usuário? De que forma?

--	--	--

9. Presença de estagiários:

Nome	Universidade/ Faculdade	Área de atuação	Período	Atividades	Obs

10. Considerações Gerais:

10.1. Desafios e problemas enfrentados pela ENASF: \_\_\_\_\_

---



---



---



---

10.2. Planejamento da ENASF: \_\_\_\_\_

---



---



---

**ANEXO A****SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL****RELATÓRIO DO NASF**

<b>Nome</b>	<b>Profissão</b>	<b>Matrícula</b>

1) Contextualização:

2) Quadro de horas dos profissionais atuantes da equipe NASF:

<b>Quadro de horas dos profissionais do NASF</b>				
<b>Profissionais</b>	<b>Categoria</b>	<b>Carga horária</b>	<b>Carga horária NASF</b>	<b>Observação</b>

3) Reuniões da equipe NASF:

<b>QUADRO DE REUNIÕES DA EQUIPE NASF, MÊS/ANO.</b>		
<b>Data</b>	<b>Assunto/pauta</b>	<b>Presentes</b>



## 7) Consolidado das atividades por categoria profissional

Profissão				
Nome				
ATIVIDADES REALIZADAS				
Consulta individual agendada				
Consulta individual atendida				
Consulta compartilhada NASF				
Consulta compartilhada ESF				
Atividade de grupo compartilhada ESF				
Atividade de grupo compartilhada NASF				
Visitas Domiciliares compartilhadas NASF				
Visitas Domiciliares compartilhadas ESF				
Atividade educativa na comunidade				
Reuniões com ESF				
Reuniões com ENASF				
Reuniões com gerência/ DIRAPS/ Diretoria regional				
Reuniões com coordenação NASF				
Reuniões com coordenações técnicas				
Reuniões REDE /visitas institucionais				
Oficinas, Capacitações, Cursos, Seminários, Congressos (participação dos profissionais)				
Encaminhamento (para outros serviços)				
Planejamento (períodos)				
Outros				



## 8) GRUPOS REALIZADOS PELO NASF/ESF:

**Categoria Profissional:**

Grupo Responsáveis	Data/ Quantitativo de participantes
Grupo Responsáveis	Data/ Quantitativo de participantes

## 9) CONSIDERAÇÕES

**Desafios e problemas:****Projetos futuros:**